

ACESSIBILIDADE E RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: PERSPECTIVAS DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS.

Tatiana Vasques Camelo dos Santos¹, Cláudia Maria de Mattos Penna².

¹ Doutora em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais; UFMG; Diretora Franqueada Unidade Supera Manhuaçu. Professora da Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu.

² Professora Doutora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

Estudo de caso qualitativo fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano realizado em 3 unidades de ESF e no UPA no município de Manhuaçu – MG, com o objetivo de compreender, na percepção de usuários e profissionais, a resolutividade das ações desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde. Para tanto, foram realizadas entrevistas com 20 profissionais e 17 usuários. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo. As questões de baixa resolutividade estão ligadas à acessibilidade organizacional. Já na percepção dos usuários, o serviço resolutivo é o produto do encontro entre as demandas por ele sentidas, a oferta de serviços e o tempo gasto para que sua necessidade seja atendida. Porém, se a demanda apresentada pelo usuário não encontrar a oferta adequada de serviços (tecnologias, pacote de serviços demorados ou inoportunos), as ações não o serão. **Palavras-chave:** Acessibilidade; Resolutividade; Necessidades e Demanda de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Qualitative case study based on the Comprehensive Sociology of Everyday Life conducted at three units of the Family Health and unit of Emergency Care of Manhuaçu country in the state of Minas Gerais, aims to understand, the perception of users and professionals, about resoluteness of the actions developed under the health services. Therefore, was conducted 20 interviews with health professionals and 17 users. Data was subjected to content analysis. Low- solving issues are linked to organizational accessibility. In the perception of users, resolving service is the product of the encounter between the demands he felt, the provision of services and the time taken for their demands are met . However, if the users demand not find the right service offering (technology, lengthy service package or inopportune) the actions won't be.

Keywords: Accessibility; Resoluteness; Needs and Demand Health Services; Primary Health Care.

1. INTRODUÇÃO

Resolutividade pode ser entendida como a maneira de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário^{1,2}; porém, não é um termo absoluto. Turrini *et al*² consideram que a resolutividade tem sido discutida com diferentes abordagens,

mais ou menos abrangentes e, portanto, poder-se-ia dizer que ela depende de quem avalia e do que se avalia no momento.

Reunindo-se os diferentes enfoques, é possível dizer que a resolutividade envolve aspectos relativos à demanda, à satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um

sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela, entre outros.

Penna *et al*³ citam que resolutividade é um princípio organizativo dos serviços de saúde ligada à resposta que se dá ao indivíduo quando esse procura tais serviços. Para as autoras, é necessário dar alguma solução ao problema que lhe é apresentado, visto que a capacidade de resolutividade de um serviço está embasada em dois aspectos: o aspecto quantitativo ou acesso, que consiste na capacidade do serviço e na absorção do número de atendimento solicitado; e o aspecto qualitativo, o qual se refere à capacidade do serviço em solucionar a maior parte dos problemas que lhe são apresentados.

Nesse estudo, para compreensão da resolutividade das ações desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde, foram direcionadas questões aos profissionais dos serviços de saúde sobre o que entendiam como resolutividade. E, junto aos usuários, foram levantadas questões sobre a satisfação com o serviço e sobre as facilidades e as dificuldades encontradas por eles ao buscarem os serviços de saúde.

Essas considerações têm relação direta com a questão do acesso aos serviços de saúde, visto que o acesso expressa as características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade de as pessoas usarem serviços de saúde quando deles necessitam.

Discutir resolutividade das ações em saúde é tarefa muito complexa, especialmente na Saúde Pública, no Brasil, onde se tem um modelo assistencial que prevê a concepção ampliada de saúde, no qual fatores socioculturais são considerados como determinantes na condição de saúde dos indivíduos e os serviços precisam dar respostas às necessidades que se apresentam.

Porém, existe a impossibilidade em realizar um cálculo preciso sobre como

mensurar a demanda por serviços de saúde ou mesmo definir as reais necessidades de saúde de uma população⁴, pois a procura por serviços de saúde é caracterizada por variáveis biológicas e subjetivas.

Nesse sentido, as práticas em saúde são desafiadoras, pois, simultaneamente, entrelaçam a subjetividade do portador da necessidade e a legitimação ou não dessa necessidade por quem a atende. A partir desse entendimento, pode-se perceber a urgência de uma reflexão ampla de como profissionais e usuários se enxergam nesse contexto, levando-se em consideração que a realidade biológica da doença, tal como identificada pelo profissional de saúde, não corresponde à realidade de quem sofre da doença⁵.

Diante disso, a realização de estudos sobre a capacidade resolutiva e a compreensão de que os membros de uma comunidade têm sobre os serviços que lhe são ofertados tornam-se relevantes.

Entende-se que o SUS prevê a prestação de assistência universal e integral, de forma equânime e de boa qualidade à população, entretanto, são grandes os desafios para efetivação de tais princípios. Essas questões lançam luz sobre a resolutividade do acesso aos serviços de saúde que, além de serem oportunos, precisam concretizar a universalidade e a integralidade da assistência, mantendo o acesso de forma adequada e de acordo com as necessidades da população.

A partir das considerações supracitadas, traçou-se como objetivo deste estudo: compreender, na percepção de usuários e de profissionais, a resolutividade das ações desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde.

O presente estudo é recorte da tese “Acesso aos serviços de Saúde: olhar de usuários e profissionais”, desenvolvida no Programa de Doutorado da UFMG, que buscou compreender os mecanismos de acesso ou não da população usuária aos serviços públicos de saúde para elucidar a resolutividade do acesso aos serviços de saúde.

2. METODOLOGIA

Estudo de caso qualitativo, de caráter descritivo, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano⁶. A pesquisa foi realizada em três unidades de ESF e na unidade de Pronto Atendimento (UPA), no município de Manhuaçu - MG. Para seleção das unidades de ESF, optou-se por buscar aquelas com maior número de famílias cadastradas, e que, no momento da coleta de dados, apresentassem equipes completas, compreendida como: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. No intuito de apreender realidades culturais e sócio-econômicas variadas, optou-se em coletar os dados em uma unidade de ESF rural, uma urbana e uma mista, que atendessem os critérios ora estabelecidos.

Foram sujeitos deste estudo três enfermeiros, três médicos, dois auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS), dois de cada unidade de ESF, e seis profissionais do UPA, sendo: três enfermeiros, um médico, dois auxiliares de enfermagem, perfazendo um total de 20 trabalhadores de saúde. Para a composição dos usuários, a abordagem aos sujeitos ocorreu de forma equitativa entre as unidades de saúde, até que fosse observada a reincidência e complementaridade das informações, ou seja, a ocorrência da saturação dos dados⁷, totalizando 17 sujeitos, todos maiores de 18 anos.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas, a partir de um roteiro semi-estruturado distinto para cada grupo de sujeitos da pesquisa. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para posterior análise. Ocorreram nos meses de novembro e dezembro de 2010, foram realizadas na própria unidade, mediante agendamento prévio, à exceção de dois usuários da zona rural, entrevistados em sua residência; no momento em que foram realizadas as visitas domiciliares, a pesquisadora acompanhou como observadora, isso ocorreu por opção dos respondentes, no momento em que ocorreu o convite.

Realizaram-se, também, observações nas salas de espera e interior das unidades, registradas em diário de campo, no qual consta a descrição de eventos, pessoas envolvidas, diálogos, comportamentos não verbais, gestos, bem como as impressões do pesquisador sobre os dados observados.

Após as transcrições, os dados foram submetidos à análise de conteúdo⁸, com leituras sistematizadas, interpretação para a constituição das categorias e, depois, foram discutidos com a literatura.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob nº 0501.0.203.000-09. De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, os dados foram coletados após autorização formal do gestor municipal de saúde; todos os sujeitos foram convidados a participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O anonimato dos informantes foi garantido, sendo os mesmos identificados a partir das siglas: Enf. (enfermeiro), Méd. (médicos), AE (auxiliares de enfermagem), U (usuários), ACS (Agente Comunitário de Saúde), seguido de código numérico de acordo com a sequência das entrevistas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O olhar dos profissionais sobre a resolutividade.

Os profissionais entrevistados assinalam que conseguem a resolutividade quando as necessidades/demandas apresentadas pelos usuários são da ordem biológica. Isso ocorre, pois essas demandas vão ao encontro das tecnologias de trabalho que eles disponibilizam para atendê-las. Já quando as necessidades/demandas são de ordem social, emocional ou cultural, não o são :

[...] A resolutividade é parcial né? Quando eles procuram a unidade por questões de um quadro agudo, a gente tem uma resolutividade... né?... , mas a

resolutividade dentro do ambiente é difícil, mas em questões a gente consegue uma boa resolutividade, em relação a hipertensão, diabetes, os quadros crônicos de DPOC isso a gente consegue aliviar, melhorar bem... Mas esse quadro, de procura... da necessidade mesmo em estar com alguém, de conversar é muito difícil, porque eles vem, volta, volta, volta...né? [...] MÉD 7

Constata-se que a prática médica está centrada na queixa-conduta, pois recorre exclusivamente ao saber biológico, fato que acarreta práticas técnicas, invasivas e medicalizantes. Essas características reforçam a ideia de que o processo de trabalho nas unidades ainda é individualizado, pautado nos conceitos biomédicos. Não há como negar a importância desse olhar; porém, evidencia-se a necessidade de transcender o puro olhar biológico a fim de oportunizar práticas mais eficazes para o atendimento das diversas necessidades requeridas pelos usuários.

Nesses termos, as práticas intersetoriais, interdisciplinares e a utilização de tecnologias leves são necessárias para aperfeiçoarem o acesso e a resolutividade das ações em saúde, sob uma perspectiva cuidadora:

[...] Tem gente que vem aqui com depressão e tudo mais. Eles saem com uma receitinha na mão e aquela receita não vai solucionar o problema da pessoa, tá entendendo?... aqui se trata do paliativo, quando você vem pra uma consulta, você trata do paliativo, faz e sai com aquela receita e tudo mais, o caboclo sai satisfeito, tomou algumas injeções, acha que solucionou o problema, mas o problema da pessoa continua a mesma coisa.... eu acho que deveria de dar continuidade ao tratamento e etc. [...] AUX. ENF. 3

Evidencia-se, assim, a carência de práticas cuidadoras eficazes e enfatiza-se que as relações instituídas no encontro

entre profissionais e usuários priorizam o biológico. Ao afirmar que se deveria dar continuidade ao tratamento, desvela-se que a prática profissional está voltada para as condutas individuais de resolução pontual das demandas que são apresentadas, sem a preocupação de uma continuidade.

Para dar conta de tantas demandas e necessidades que se apresentam, não há como supri-las a partir da oferta de um único saber, do saber do médico ou biomédico. Cunha⁹ destaca que “reconhecer os limites e valores (subjetivos) e os poderes associados aos saberes é um recurso muito valioso para uma intervenção mais qualificada e menos alienada” (p.30). O autor evidencia que não se trata apenas de reconhecer os limites deste ou daquele saber, mas de desenvolver certa capacidade crítica em relação a todas as classificações sem desprezá-las. Essa concepção fortalece as ações trans e interdisciplinares como alicerce para as práticas em saúde.

Além disso, constata-se dificuldades no processo de referência e contrarreferência, principalmente em relação a algumas especialidades:

[...] Um paciente grave, a resolutividade dele é muito rápida, agora, tem aquele paciente de ortopedia, que os pacientes ficam aqui mais dias né?... O maior tempo que fica aqui são os pacientes de ortopedia porque?... Porque a gente depende do Hospital pra descer com esses pacientes e lá... não sei exatamente te dizer quantas vagas são, como funciona lá, sei que demora pra resolver esse problema do paciente porque após a cirurgia dele lá embaixo ainda tem que ficar um tempo... esses pacientes ficam aqui mais tempo[...] ENF 4

A profissional faz alusão ao sistema de referência e regulação que pode contribuir para o fluxo dos usuários no Sistema de Saúde. Conforme destacam Viegas e Penna¹⁰, a regulação é fundamental para ordenar, orientar, definir e otimizar a utilização dos recursos

disponíveis para a atenção à saúde e, ainda, garantir o acesso da população a ações e serviços em tempo oportuno e de forma equânime. Para as autoras, a referência deve ser correspondida com a contrarreferência para que o usuário não se perca pelo caminho e, sim, faça um trajeto na rede de cuidados com respostas integrais e equânimes.

Identificam-se, ainda, casos de baixa resolatividade clínica e grande demanda reprimida. Sobre essas questões, alguns profissionais alegam que a situação melhoraria se houvesse na cidade outra unidade hospitalar de referência:

[...] um dos problemas que a gente vê muito aqui no Pronto de Socorro é em relação a falta de um hospital maior, que atenda uma demanda maior, porque? Porque nós somos referência dos municípios, é, da microrregião... a porta de entrada do Hospital somos nós. Então assim nós não temos uma estrutura física para atender uns 4 pacientes de UTI aqui aguardando vaga igual já aconteceu uma vez... nós não temos equipamento para isso, nós temos suporte para manter um paciente aqui até 24 horas, mais do que isso não. E Manhauçu não comporta esse tanto de pacientes, por causa da estrutura do Hospital. São 10 vagas de UTI e se chegar 4 pacientes internados aqui pra UTI igual já aconteceu, pra onde é que a gente manda se a UTI tiver cheia? Não tem né? Então a resolatividade resolveria o quê? Com um outro hospital, com um maior número de vagas pro SUS. [...] ENF 1

Sob o ponto de vista dos profissionais da UPA, confere-se que percebem a resolatividade dos casos como muito boa, pois a entendem como a resolução biomédica da ação:

[...] Pronto Socorro é excelente resolatividade. Posso te falar assim, 95%. O que fica pra trás, que a

gente não consegue resolver são questões oftalmológicas, que a gente não tem né? plantonista da oftalmologia... e as vezes otorrinolaringológicas, uma pedrinha no nariz, que enfiou demais e a gente não tem acesso pela narina anterior e precisa de uma avaliação especializada... mas eu fiz um balanço disso um dia... pensando em casa e é só isso... Entendeu? Agora é claro trauma de mão... queimadura de mão... que precisa de um profissional muito especializado... mas isso é raro! A resolatividade aqui é provavelmente 95% ou mais [...] MÉD 2

Os profissionais consideram ainda que as demandas não biomédicas não devem ser direcionadas as UPAs:

[...] a própria população tem consciência de quando o paciente está um pouco mais grave... já ir direto pro Pronto Atendimento... mas hoje a gente tá tentando é mudar essa ideia, trazer mais o paciente pro Posto de Saúde pra não sobrecarregar o sistema lá em cima... Eu trabalho lá em cima também, então a gente sabe que lá em cima é mais tumultuado devido a uma demanda errada do paciente que é de Posto que tá indo pra lá. A gente tenta segurar o paciente ao máximo no posto [grifo nosso] MÉD 11

A imposição ao usuário de buscar os serviços da UPA, somente após uma prévia avaliação pela unidade de ESF, mediante encaminhamento, confere uma racionalidade tecnocrática do sistema. Observa-se que, historicamente, as demandas espontâneas de usuários aos serviços de saúde dão preferência por formas de atendimento médico¹¹.

Essas demandas equivocadas descritas pelo profissional são presentes nos discursos dos profissionais da ESF e revelam a necessidade de ampliação do pacote de serviços. Muitos dos problemas apresentados pela população às unidades

são de ordem social e representam um desafio às equipes, visto não possuírem tecnologias operativas capazes de oferecer resolutividade às demandas apresentadas.

Cuidado que se espera e o que se recebe - o olhar dos usuários:

A adequação da oferta de serviços de saúde às necessidades requeridas pela população pode ser aferida a partir do grau de satisfação destes com os serviços que lhe são prestados. Abordar a satisfação dos usuários implica trazer um julgamento sobre características dos serviços, portanto, sobre sua qualidade. Assim, a perspectiva do usuário fornece informação para completar e equilibrar a qualidade dos serviços¹². Além disso, pode-se considerar que satisfação está diretamente relacionada à resolutividade dos serviços, visto que ter resolutividade, na maioria das vezes ou sempre, está estatisticamente associado com estar muito satisfeito. Desse modo, pode-se dizer que a promoção de resolutividade gera satisfação na clientela¹.

Constatou-se que os fatores geradores de satisfação são aqueles relacionados à gratuidade dos serviços, ao bom relacionamento com profissionais/serviço, à resolutividade clínica (diagnóstico – desfecho clínico), à distribuição de medicamentos e ao encaminhamento de consultas. Muitos usuários mostram-se satisfeitos com os serviços por esses serem gratuitos:

[...] a facilidade se dá pelo fato de você poder se consultar de graça... Você chega... tem uma seringa... tem um enfermeiro... tem um profissional médico pra te atender... tem remédio... e naquele momento é o que vai aliviar sua dor, isso é a facilidade[...] U4

[...] é fácil assim, porque a gente não tem condição de comprar um remédio e aí no postinho já dá né? eu acho bom é o Postinho de Saúde dar o remédio[...] U 10

Chama atenção a gratuidade dos serviços que não ser percebida como um direito de cidadania e, por “ser de graça”, o padrão de exigência em relação ao serviço é muito baixo, revelando que o “assistencialismo” é predominante na relação usuário-serviço.

Além disso, os usuários enfatizam a questão da facilidade em adquirir os medicamentos, reafirmando a visão medicalizada que possuem e que consideram ser bem atendidos quando remédios são receitados:

[...] Todas às vezes fui bem atendida! Ah... trata bem... passa o medicamento, né? Tem melhora... então... pra mim... tá bem né?[...] U 6

[...] Consultou... passou o remédio tá bom né? Tá tudo bem... [...] U 12

Não foram constatados questionamentos a respeito do padrão de atendimento, a respeito da qualidade da estrutura física etc.. Sobre isso, Gouveia¹² considera que o usuário de serviços públicos faz parte de populações que vivem em condições socioeconômicas precárias e que buscam os serviços de forma assistencial, interessado mais por um padrão mínimo de sobrevivência do que pela própria qualidade destes. O simples fato de ser atendido já pode produzir satisfação, pois as pessoas não esperam muito das instituições públicas¹³.

No Brasil, existe a cultura de tudo que é público é feito para a população de baixa renda e, quanto menor o nível econômico, menor a expectativa, menor é o nível de exigência. Costa¹⁴ ressalta que programas governamentais voltados para a oferta gratuita de serviços de saúde acabam sendo vistos como ações atribuídas aos necessitados.

Nesse sentido, pode-se dizer que existe um sentimento de gratidão nutrido pelos usuários dos serviços. Este sentimento é descrito por Vaitsmain e Andrade¹³ quando os pacientes evitam criticar os serviços devido a este viés, tanto pelo medo de perder o acesso, quanto em virtude da relação de

dependência que estabelecem com os profissionais de saúde. Em nossa pesquisa, foram encontrados relatos deste porte:

[...] Pra pedir ajuda a qualquer outra pessoa... principalmente na área de saúde... que eu sei que a gente pode tá precisando todo dia! Então eu não vou tratar mal porque senão o bicho pega! [...] U 11)

Entende-se que posturas como essas dificultam o alcance da plenitude do acesso aos serviços de saúde, sob uma perspectiva usuário-centrado, sendo ele considerado sujeito ativo nas relações que estabelece com os serviços e com os profissionais.

Vaistman & Andrade¹³ descrevem a diferença entre os direitos de usuário e de cidadão. Os autores destacam que, como usuários dos serviços, podem desejar níveis mais altos de qualidade. Como cidadãos, exigem que os recursos sejam mais bem alocados em outra parte, possuindo assim uma visão mais ampla de serviço:

[...] a nossa população tem muito analfabeto político... eles não cobram... tem um velho ditado que diz que a população não cobra... eles estão me dando um remedinho... eles estão me dando paracetamol... uma dipirona... o xaropinho do meu filho... tá bom... e basta! E de repente não é isso... você quer ver uma luz no fim do túnel mesmo sendo público... porque... esse público... ele não é público... ele é dinheiro nosso! Você tá pagando imposto, então você tem direito a uma coisa melhor.... [...] U 13

Em contrapartida, existem usuários que possuem um maior nível de exigência em relação aos serviços, logo questionam a sua qualidade:

[...] se você entra no mercado... você tem que saber o preço... Se você entra numa

farmácia é a mesma coisa... Agora quando você vem no posto é: o que você tá querendo aqui? Ora! Se você vem... vem por algum motivo não vem? Você vem buscar uma informação... vem porque está precisando... ah... [...] U 8

Essas falas demonstram que, em certos momentos, os usuários se colocam como consumidores dos serviços. Vaistman & Andrade¹³ descrevem que, na percepção de consumidor, o usuário se posiciona de forma a exigir melhores produtos e serviços, colocando-se como um indivíduo racional, consciente de suas escolhas e capaz de defender seus direitos. Porém, para tanto, há a necessidade do empoderamento dos sujeitos, para que estes não fiquem mais inertes à atuação dos profissionais e ao desempenho do Sistema de Saúde.

Rosa e Pelegrini¹ destacam que a resolatividade pode ser alcançada por meio de um atendimento acolhedor, mediante responsabilização das equipes, com atitudes criativas e flexíveis, a partir das tecnologias disponíveis em cada nível de atenção. Essa concepção pode ser contemplada na fala:

[...] Essas enfermeiras que trabalham aqui... elas tudo me conhecem e falam... oi tudo bem? Até eu sei que eu não mereço né? Neste postinho aqui eles tratam eu de um modo que até eu sei que não mereço... É um prazer meu... só do pessoal vim aqui... isso pra mim é... não tem coisa melhor [...] U 3

Donabedian¹⁵ refere que a satisfação insere-se no componente relacional entre usuários e profissionais, o que implica inferir que, mesmo sendo o estabelecimento de saúde precário em termos de equipamentos ou infraestrutura, o bom relacionamento interpessoal é preponderantemente importante.

Por outro lado, o serviço deve atender às expectativas dos usuários, o que podemos chamar de aceitabilidade, que se refere à conformidade dos serviços oferecidos em relação às expectativas e

às aspirações dos pacientes e seus familiares¹⁵.

O consumo de consultas médicas mostra-se até certo ponto resolutive, desde que seja acompanhada de perguntas direcionadas ao diagnóstico ou ao empenho em relação ao fechamento clínico da situação apresentada como demanda (diagnóstico clínico e início do tratamento):

[...] eu fui muito bem atendida... Porque ela... ela... nossa, as vez eu não sei falar... ela empenhou, empenhou pra poder descobrir o que era. Porque eu levei os exame daqui né? Aí cheguei lá... ela olhou e logo ela já suspeitou que era isso né? E o empenho que ela fez... e me atendeu... as vez até sem ter vaga... Aí eu... sei lá... fiquei muito satisfeita quando ela falou assim... vamos pro tratamento... eu me senti satisfeita demais... porque já tinha muito tempo que eu tava sofrendo com isso né? E eu achei que ela atendeu muito bem [...] U 2

A fala demonstra que, quando um profissional estabelece atitudes cuidadoras, instituindo uma posição de interesse, propondo-se a escutar e se empenhar no atendimento das necessidades dos usuários, esses se sentem valorizados, bem atendidos. Cabe discutir que tal postura deveria ser regra nessas relações, e não exceção, visto que a resolutividade na atenção primária à saúde não está associada somente ao recurso instrumental e ao conhecimento técnico dos profissionais; mas, principalmente, na ação acolhedora, de vínculo que se estabelece com o usuário, sendo o conjunto dessas ações que proporcionam satisfação ao usuário¹.

Observa-se o limiar de expectativa baixo em relação ao Sistema de Saúde. O usuário diz-se satisfeito pela conquista da consulta agendada, não fazendo referência às expectativas futuras do próprio serviço, relacionados à oferta de outros serviços terapêuticos (reuniões, grupos operativos etc.) ou encaminhamentos.

[...] Ah eu fico feliz assim... quando eu consigo uma vaga e consultar com o médico! Igual hoje eu fiquei feliz... consegui consultar [...]U 10

Sobre isso, nota-se não só uma fragilidade no atendimento às expectativas dos usuários quanto à oferta de consultas médicas, mas também no sistema de encaminhamento aos demais níveis de atenção:

[...] o pessoal me atende bem... eu consigo as coisas que eu quero... e num tempo assim... adequado né? Por isso que eu falo que é bem porque assim... não é ÓTIMO (com ênfase)... porque não é uma coisa assim que você vai ser atendido prontamente... mas pelo menos é uma coisa assim... que se você puder esperar... você vai esperar... ou se não quiser esperar vai no particular [...]U 13

Já as fontes geradoras de insatisfação são, muitas vezes, advindas da própria proposta da APS, o que configura que os usuários desconhecem seus preceitos. A falta de poder de decisão do usuário em escolher o médico com quem gostaria de consultar, principalmente especialistas; o fato de os médicos das Unidades serem generalistas e não desempenharem 40 horas assistenciais, a necessidade da “porta de entrada” para que sejam feitos os encaminhamentos, a demora na marcação de consultas e exames são os relatos que evidenciam as fontes geradoras de insatisfação com o Serviço /Sistema de Saúde:

[...] a única coisa que eu acho que tem que melhorar nisso aí é o número de consulta... Por exemplo... falar só atende 20... que isso aí? Ora, atende o que chegou!... Se eu cheguei lá doente não tem que ter esse negócio de amanhã não! Tinha que atender entendeu? ah... fica enrolando.... A única coisa que é

ruim é só negócio de consulta... só marca tanta consulta entendeu? Isso é errado... Isso... se chegou lá precisando de consultar... tinha que consultar a gente lá na hora. Entendeu?[...] U 1

[...] tinha que ter mais médico né? É um médico só... Ele atende na roça... atende num monte de lugar... e aqui é muito grande... é muita gente... e tem dia que a gente vem aqui e está lotado... e fica o dia inteiro... então eu acho que tinha que ter mais médico aqui... Pelo menos um pediatra tinha que ter! Ah... de todo jeito eu tenho que vim é aqui! Eu venho aqui porque pra eu consultar... porque para eu consultar com a doutora lá eu tenho que vir aqui pegar um papel... Aí de todo jeito eu tenho que vir aqui.... Isso é chato [...] U 12

São condutas que não passam diretamente a autonomia dos profissionais das unidades de ESF, dizem respeito à dinâmica instituída no próprio sistema, relacionados à necessidade de referência e contrarreferência. Sobre esse aspecto, as falas revelam que a demora no atendimento nos demais níveis de atenção são realmente um fator de insatisfação e de baixa resolutividade:

[...] meu pai perdeu uma vista... Era catarata... Ele tava ruim de uma vista... vivia caindo... se machucando e aguardando a cirurgia pelo SUS... só aguardando... aguardando... aguardando... a gente indo atrás e nada... Até que teve um dia que a gente teve que se virar e pagar particular pra poder fazer a cirurgia dele senão ele tava cego até hoje. [...] U 16

Essas falas apontam que resolutividade, entendida como a resposta aos problemas de saúde apresentados, está, por vezes, associada à realização de encaminhamentos para atendimentos especializados. Rosa e Pelegrini¹ afirmam que o caráter biomédico e centralizador das práticas de saúde na figura do

especialista faz parte do imaginário do usuário e acaba por colocar o médico, preferencialmente especialista, e a realização de exames complementares como o centro do funcionamento dos serviços de saúde.

Muitas das situações demandadas aos serviços de saúde põem em destaque a utilização das tecnologias leves para suprir outras carências do sistema e evidenciam a importância da intersetorialidade para minimizar os efeitos das deficiências dos demais níveis de atenção.

A intersetorialidade consiste em fazer uso de setores que estão envolvidos na saúde, como acionar as demais secretarias municipais (Trabalho, Assistência Social, Cultura, Lazer etc.), ou seja, trabalhar repensando o processo de trabalho como uma rede de atenção à saúde. Penna *et al*³ destacam que ações individuais limitam a resolutividade do serviço, por isso a construção de uma rede de atenção intersetorial é o caminho para que as respostas dadas aos usuários sejam de fato resolutivas.

Como afirmam Gaioso e Mishima¹⁶, a avaliação dos sistemas ou serviços de saúde deve sempre considerar, de um lado a cultura, os princípios e os valores específicos do setor público e, de outro, as expectativas dos usuários, a partir de suas experiências prévias, as informações passadas através da mídia. Portanto, confere-se que, por vezes, os objetivos não são comuns: o objetivo dos sistemas/serviços é oferecer serviços racionalizados, sob uma ótica otimizadora dos recursos; já o objetivo dos usuários é obter respostas às suas necessidades/expectativas, que são altamente influenciadas pelo contexto social, globalizado e consumista, no qual práticas de consumo de tecnologia são priorizadas e estimuladas.

Oliveira *et al*¹¹ destacam que a falta de especialistas e a baixa disponibilidade de recursos tecnológicos nas unidades básicas de saúde, aliadas à percepção do usuário sobre a importância desses recursos na obtenção de alívio para o sofrimento, são fatores atribuídos pelos

usuários à baixa qualidade ofertada no nível primário.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que as questões de baixa resolatividade estão ligadas à acessibilidade organizacional: longas filas, tempo de espera elevado, deficiências no sistema de referência e contrarreferência. Pode-se compreender que, na percepção dos usuários, um serviço resolutivo é aquele em que se é atendido bem, ao qual é dada alguma resposta para a necessidade apresentada e num momento/tempo oportuno; além de envolver o encontro da construção simbólica dos sujeitos (relação terapêutica) com o arcabouço rígido da estrutura dos serviços (diagnose e tratamento). A partir dos relatos, pode-se conferir que o serviço é resolutivo se a oferta de serviços vai ao encontro das expectativas dos usuários.

Resolutividade, na perspectiva do usuário, é, portanto, o produto do encontro entre as demandas (necessidades sentidas), oferta de serviços (atendimento/ação tecnológica oferecida à demanda específica) e o tempo gasto para que a necessidade seja atendida. Infere-se que, caso as demandas sejam comuns à oferta de serviços, o serviço será considerado resolutivo. Porém, se a demanda apresentada pelo usuário não encontrar a oferta adequada de serviços (tecnologias, pacote de serviços demorados ou inoportunos), as ações não o serão.

Entende-se que o usuário tem uma tendência ao imediatismo, quer resolver seu problema em uma consulta, ou com uma solicitação de exames; porém, os diversos contatos com esse mesmo usuário poderão demonstrar novas necessidades de abordagem. A resolatividade deverá ancorar-se na relação estabelecida entre profissionais e usuários, na confiança e na aceitabilidade instituída nela. O vínculo que se cria a partir dessa relação será fundamental para o sucesso terapêutico.

Caberá, portanto, aos profissionais, repensarem seus processos de trabalho,

investirem na comunicação como recurso tecnológico capaz de gerar serviços e ações resolutivas. Atitudes e habilidades, como empatia, motivação, liderança e criatividade deverão ser desenvolvidos junto e para a comunidade/usuários, bem como práticas intersetoriais, no sentido de resgatar a prática resolutiva não só para o usuário no momento em que ele busca o serviço, mas também para a família dele como um todo, através de práticas de apoio social.

Pondera-se que essas ações minimizariam as demandas por consultas médicas, por exames e por medicamentos tão recorrentes nas unidades de ESF, pois acredita-se que tal demanda ocorra pela pouca opção de serviços que são ofertados aos usuários nas unidades. Metaforicamente, pode-se dizer que o que ocorre nas unidades é semelhante ao que ocorre em uma marcenaria, onde o marceneiro só possui o martelo como ferramenta de trabalho. Havendo somente esta, tudo será considerado prego.

Conclui-se que os esforços na APS devem-se debruçar sobre as possibilidades de ampliação da oferta de serviços, o que tem implicação direta na melhoria do acesso aos serviços, na tecnologia de trabalho e na percepção de resolatividade das ações em saúde.

5. REFERÊNCIAS

- 1- ROSA RB, PELEGRINI AHW, LIMA MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) jun;32(2):345-51, 2011.
- 2- TURRINI RNT et al. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(3):663-674, mar, 2008
- 3- PENNA, C. M. M.; et all. Equity and resolution: of theory to construction in daily of health professionals. Online Brazilian Journal of Nursing (Embedded image moved to file: pic26962.gif), v. 6, p.1091/283, 2007.

- 4- PINHEIRO, S. P. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviço de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 689-707, 2002.
- 5- GIGLIO-JACQUEMOT, A. Urgências e Emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- 6- MAFFESOLI, M. O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva. Porto Alegre: Sulina, 2007.
- 7- FONTANELLA, B.J.B; RICAS,J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Caderno de Saúde Pública*: 24(1):17-27, jan. 2008.
- 8- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70 LTDA, março de 2010.
- 9- CUNHA, G T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- 10- VIEGAS, S.M.F; PENNA, C.M.M. O Sus É Universal Mas Vivemos De Cotas. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*; 2011: [online] [acesso 2012 Jul 10]. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=10220
- 11- OLIVEIRA, L.H; MATTOS, R.A; SOUZA, A.I.S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação de um modelo assistencial. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (5): 1929-1938, 2009.
- 12- GOUVEIA, G. C. Avaliação da satisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro / Recife: 2009. 189 f.: il. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
- 13- VAITSMAN, J; ANDRADE, G.R.B. de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 599-613, 2005.
- 14- COSTA, E.M.A; CARBONE, M.H. Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.
- 15- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Arch Patrol Lab Med*. 114:1115-8, 1990.
- 16- GAIOSO, V.P.; MISHIMA, S.M.. USER SATISFACTION FROM THE PERSPECTIVE OF ACCEPTABILITY IN THE FAMILY HEALTH SCENARIO. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2007 Out-Dez; 16(4): 617-25.